

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.574

| | | | | | | | |
|--|-----------|---|--------------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 25 DÍA | 09 MES | 2023 AÑO | SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - PSICOSENSOMETRICO - TOXICOLOGICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| SA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTE Y TURISMO ANTIOQUIA | | | | TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S | | | |
| Nombre de la empresa | | | | Empresa en misión | | | |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) | | | | | | | |
| MONTROYA VELÁSQUEZ OSCAR ARLEY | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 49 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS | CC | 71744054 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA LABORAR | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| N/A | | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | | TIPO | | RECOMENDACIONES | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | | NO APLICA | | NO APLICA | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | |
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA | | | | TOXICOLOGICO II PARAMETROS | | | |
| AUDIOMETRIA | | | | PSICOSENSOMETRICA | | | |
| VISIOMETRIA POR OPTOMETRIA | | | | ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE | | | | USO DE EPP | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | SVE VISUAL | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | HACER DEPORTE | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| -EXAMEN FÍSICO OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS -VISIOMETRIA- CON ALTERACIONES. -REQUIERE USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE. -AUDIOMETRIA- NORMAL -PSICOSENSOMETRICO-APTO -TOXICOLOGICO II PARÁMETROS-(VER ANEXO) -CUMPLIR CON LAS NORMAS DEL TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL. -PRACTICAR EL AUTOCUIDADO EN EL LUGAR DE TRABAJO. -SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA | | | | | | | |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. | | | | | | | |

Médico



Firma: _____

Nombre: VELEZ BLAHA FABIO CRISTIAN

R. M.: 5820-92

L.S.O.: 137-18



Código de Seguridad

H1070N1T6574

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: MONTOYA VELÁSQUEZ OSCAR ARLEY

CC: 71744054

Registro IPS No.052661310001

RESOLUCIÓN DE MINTRANSPORTE No. 0000582 de 12 /03/ 2014

Informe No. 14885-A

Certificación No. 25092023-15737

No. RUNT 00000001

25/09/2023



25/09/2023 09:05:35



Izquierdo



Derecho

Cédula de Ciudadanía 71744054 Expedido en: MEDELLIN
MONTTOYA VELASQUEZ OSCAR ARLEY
Sexo : Masculino
Fecha Nacimiento: 5/04/1974 (49 años) Lugar MEDELLIN
Escolaridad : Secundaria
Ocupación : CONDUCTOR
Dirección : CLL 39 #40B-81
Teléfono(s) : 3025752322 Móvil:
Ciudad : MEDELLIN
Vence : 23/11/2023

Teniendo en cuenta que el profesional certificador del CRC reviso los resultados obtenidos por el candidato identificado en este certificado el cual fue evaluado bajo los requisitos de la resolución 217 del 31 de enero de 2014 en su anexo I y la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y obtuvo concepto aprobatorio en todas las evaluaciones emite el presente Certificado de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz bajo las siguientes condiciones:

| Categoría | Trámite | Restricciones | Estado |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| Exámenes der Organos y Sentidos | 20-Expedicion Inicial | 01 | APTO |

| Prueba | Resultado | Observaciones |
|--|-----------|---|
| Test de Medicina General | Cumple | [2023-09-25 10:15:02, VELEZ BLAHA FABIO CRISTIAN] -> USO DE LENTES. |
| Test de Psicología Tepsicon | Cumple | [2023-09-25 09:15:22, ARROYAVE ATEHORTUA LINA MARCELA] -> USUARIO SIN ANTECEDENTES DE TRASTORNOS MENTALES, DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y CON ADECUADO DESARROLLO INTELECTUAL. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 217 DE 2014 |
| Petrinovic Test de Velocidad de Anticipación | Cumple | [2023-09-25 09:15:43, ARROYAVE ATEHORTUA LINA MARCELA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE PERCIBIR VELOCIDADES Y TRAYECTORIAS, CON BUENA CAPACIDAD DE AUTOCONTROL. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Coordinación Bimanual | Cumple | [2023-09-25 09:15:59, ARROYAVE ATEHORTUA LINA MARCELA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE COORDINACIÓN VISO-PERCEPTIVO-MOTRIZ DE AMBAS MANOS DE MANERA DISASOCIADA. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 217 DE 2014 |
| Petrinovic Test de Reacción Simple | Cumple | [2023-09-25 09:16:11, ARROYAVE ATEHORTUA LINA MARCELA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE DISCRIMINAR TIEMPOS DE VELOCIDAD DE REACCIÓN ANTE UN ESTÍMULO SIMPLE. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 217 DE 2014 |
| Petrinovic Test de Resistencia | Cumple | [2023-09-25 09:16:23, ARROYAVE ATEHORTUA LINA MARCELA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA DIFICULTAD SU CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN EN TRAYECTORIAS QUE SE PRESENTAN DE MANERA MONÓTONA Y REPETITIVA, NO EVIDENCIA. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN |
| Test de Audición | Cumple | [2023-09-25 09:18:05, MORENO KATERINE] -> Se realiza audiometría tamiz, paciente con audición periférica en parámetros de normalidad bilateralmente, las frecuencias conversacionales de 500 hz a 2000 hz de 0-20 db en normalidad y agudas de 3000 hz a 800 |
| Test de Visión AGX1160 | Cumple | [2023-09-25 09:12:20, FRANCO QUIROGA YULY NATALIA] -> Candidato apto con restricción (gafas y/o lentes de contacto), cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7. |

Sin novedades

Profesional Certificador: MEDINA ARROYAVE KARLA

Karla M.A.

R.M. 1128451870

Huella Certificador

Firma Evaluado: Oscar Montoya V.

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada a los profesionales de la salud durante las evaluaciones visual, auditiva, psicológica y medica es cierta y veraz y asumo toda responsabilidad que se genere como consecuencia de dicha información, así mismo me comprometo a reportar cualquier reducción o cambio en las condiciones físicas, mentales y de coordinación motriz bajo las cuales se emitió este certificado.

Este certificado tiene vigencia de 60 días calendario, a partir de su fecha de expedición, según lo establecido en la resolución 217 del 31 de enero de 2014.



[Ir al inicio](#)

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 25/09/2023

Hora: 10:13:30

| Datos del Usuario | | | |
|---|-------------|-------------------|-----------------|
| Fecha | Nombres | Apellidos | Tipo Doc. |
| 2023-09-25 | Oscar Arley | Montoya Velasquez | C |
| Edad | Género | Cat. Licencia | Num Doc. |
| 49 | Masculino | C1 | 71744054 |
| Detalles del cuestionario | | | |
| Bloque | Resultado | Num. Preguntas | |
| Transtornos amnesicos y otros transtornos congnotivos | 3 | 3 | |
| Control de impulsos | 3 | 3 | |
| Transtorno de personalidad | 3 | 3 | |
| Abuso de alcohol | 3 | 3 | |
| Dependencia del alcohol | 3 | 3 | |
| Esquizofrenia | 3 | 3 | |
| Trastornos inducidos por alcohol | 3 | 3 | |
| Consumo habitual de drogas y medicamentos | 3 | 3 | |
| Abuso de drogas o medicamentos | 3 | 3 | |
| Dependencia de drogas y medicamentos | 3 | 3 | |
| Trastornos inducidos por drogas o medicamentos | 3 | 3 | |
| 12. Información | 3 | 3 | |
| Transtornos por comportamiento perturbador | 3 | 3 | |
| Disociativa | 3 | 3 | |
| 15. Comprensión | 3 | 3 | |
| 16. Aritmética | 3 | 3 | |
| 17. Transtornos del sueño | 3 | 3 | |
| Semejanzas | 3 | 3 | |
| 20. Transtornos mentales debido a enfermedad médica | 3 | 3 | |
| Vocabulario | 3 | 3 | |
| Transtornos de estado de animo | 3 | 3 | |
| Area | Resultado | total Preguntas. | Calificacion. |
| Personalidad | 27 | 27 | Aprobado |
| Sustancias | 21 | 21 | Aprobado |
| Inteligencia | 15 | 15 | CI 97-125, Apto |
| Observaciones | | | |

Karla M.A.

Firma Med. Certificador

Rafael A.

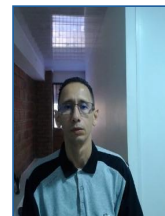
Firma evaluador



IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIGADO S.A.S

NIT. 900640195-8

Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta

Cels. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail. centroipsenvigado@gmail.com
www.ipsenvigado.com**RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO****DATOS PERSONALES**

Lugar del Examen: SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Fecha: 25/09/2023
Número de Identificación: 71744054 Nombre: MONTOYA VELÁSQUEZ OSCAR ARLEY Genero: MASCULINO
Fecha de Nacimiento: 05/04/1974 Edad: 49 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS Estado Civil: UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE TOXICOLOGICO II PARAMETROS**ANALISIS:**CANNABINOIDES - COCAINA**RESULTADO:****Prueba de Cannabinoides en orina: NEGATIVO****Prueba de Cocaína en orina: NEGATIVO****Técnica:** Inmuno ensayo cromatográfico**ALEJANDRO SIERRA ARANGO**

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Resolución S 2016060090095

C.C 71.685.889 R.M 0020-96

REVISO

Bacteriólogo

Firma:

**Paciente**

Firma:

Nombre: MONSALVE MAZO MARIANARM: 1831

Codigo de Seguridad

E1070K32Q677Nombre: MONTOYA VELÁSQUEZ OSCAR ARLEYCC: 71744054